

HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE HERNIA DE AMYAND: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

INTRAOPERATIVE FINDING OF AMYAND'S HERNIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Julián Mauricio Contreras Ríos¹, David Sebastián Portilla Cisneros², Brenda Daniela Ascanio Duarte³, Luis Carlos Vera Gamboa⁴

Recibido: 15 de Junio de 2025.

Aprobado: 15 de Julio de 2025

RESUMEN

La presencia del apéndice cecal ya sea inflamado, perforado o indemne, dentro del saco herniario se conoce como hernia de Amyand, una entidad poco frecuente descrita por el cirujano Claudius Amyand en 1735 (con una prevalencia mundial del 0,13 %), la cual puede simular una hernia estrangulada; En el presente reporte se describe el caso de un adulto mayor que fue llevado a cirugía programada por hernia inguinal derecha, con un cuadro clínico de dos años de evolución. Durante el acto quirúrgico se identificó una hernia inguinal por deslizamiento, directa, de 3 × 2 cm. Al realizar la apertura del saco herniario, se encontró el apéndice cecal en fase flegmonosa, adherida a la pared del saco. Se decidió realizar una apendicectomía, se introdujo el saco herniario y se reparó la pared posterior del conducto inguinal mediante la técnica de Lichtenstein, sin presentar complicación alguna, por lo que se decidió dar egreso a los dos días del posoperatorio con manejo antibiótico ambulatorio.

Palabras clave: Hernia de Amyand, técnica de Lichtenstein, flegmonosa, hernia por deslizamiento.

ABSTRACT

The presence of the cecal appendix whether, inflamed, perforated, or intact, within the hernia sac is known as an Amyand hernia, a rare condition first described by surgeon Claudius Amyand in 1735 (with a global prevalence of 0.13%), which can mimic a strangulated hernia; This report describes the case of an elderly patient who underwent scheduled surgery for a right inguinal hernia, with a clinical history of two years. During the surgical procedure, a direct sliding inguinal hernia measuring 3 × 2 cm was identified. Upon opening the hernia sac, the cecal appendix was found in a phlegmonous phase, adhered to the sac wall. A decision was made to perform an appendectomy, the hernia sac was reintroduced, and the posterior wall of the inguinal canal was repaired using the Lichtenstein technique. As no complications occurred, the patient was discharged two days after surgery with outpatient antibiotic management.

Key words: Amyand hernia, Lichtenstein technique, Phlegmonous appendix, Sliding hernia

Cómo citar este artículo: Contreras Ríos JM, Portilla Cisneros DS, Ascanio Duarte BD, Vera Gamboa LC. Hallazgo intraoperatorio de hernia de amyand: reporte de caso y revisión de literatura., Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):73-79. Julio 2025, ISSN 2981-5800



Introducción:

La hernia de Amyand descrita por el cirujano Claudius Amyand en 1735, es el hallazgo del apéndice cecal contenida en una hernia inguinal¹. Su incidencia es baja, 0,19 % y 1,7 % de todas las hernias, siendo más frecuente en varones pediátricos por la persistencia del proceso vaginal. La apendicitis en el contexto de una hernia inguinal es aún más infrecuente (0,07–0,13 %), su hallazgo ocurre por lo general en la etapa intraoperatoria²⁴. Aunque poco frecuente, puede presentar encarcelamiento que genera compresión del apéndice provocando isquemia, obstrucción o perforación intestinal favoreciendo la proliferación bacteriana lo que constituye una urgencia quirúrgica. La incidencia de complicaciones asociadas es baja, cercana al 0,1%²². El diagnóstico preoperatorio de esta entidad es difícil, pues no cursa con signos o síntomas específicos, presentándose generalmente como una hernia inguinal derecha irreducible. En aquellos casos en que se asocia a apendicitis aguda, puede cursar con distensión y dolor abdominal, náuseas y vómitos. El manejo quirúrgico es variable en función del tipo de hernia. La clasificación de Losanoff-Basson que toma en cuenta el estado inflamatorio del apéndice, sugiere procedimientos que van desde la simple reducción de la hernia, en los casos en que el apéndice esté normal, hasta apendicectomía con laparotomía exploratoria en casos de apendicitis aguda asociada a sepsis abdominal, por lo que los hallazgos de esta patología son de gran interés dado a la poca evidencia. Se presenta el caso de un paciente masculino de 64 años, con hallazgo intraoperatorio de hernia de Amyand Losanoff-Basson tipo II, realizado en el Hospital de trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Malvinas Argentina.

Caso Clínico:

Paciente masculino de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipertiroidismo, en manejo con valsartán y danantizol, niega antecedentes quirúrgicos, acude al servicio de consulta externa de pared abdominal del Hospital de Trauma de Federico Abete, por cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por tumoración a nivel inguinal derecha, asociado a dolor y aumento de volumen, el cual se intensifica y se acompaña de náuseas dos días antes de la consulta.

Al examen físico, maniobra de Edward Wyllys Andrews positiva sugestivo de hernia inguinal directa, se observa protrusión de masa en región inguinal derecha al realizar maniobra de valsalva y se identifica un anillo herniario de aproximadamente 3 cm con una clasificación de Gilbert tipo 2.

Dado la clínica, por protocolo institucional se solicita radiografía de abdomen donde no se evidencia signos de obstrucción o perforación (Figura 1), adicionalmente se solicita ultrasonido de piel y partes blandas que evidencia un defecto de pared de 18 mm, medial a los vasos epigástricos, por el cual protruye saco herniario de 30 x 13 mm (L X AP), de contenido grasa mesentérica.

Figura 1. Radiografía de abdomen prequirúrgica



Transoperatorio: se procede a realizar diéresis por planos, disección de aponeurosis del oblicuo mayor, separación de componentes del conducto inguinal, y se identifica saco herniario.

Se realiza apertura del saco cara anterior con evidencia de apéndice cecal flegmonosa y ciego deslizados (Figura 2), se liberan adherencias, se exterioriza y se decide realizar apendicectomía de base-apical con doble ligadura, se rafia el saco herniario, se calibra anillo superficial y se realiza reparación con técnica de Liechtenstein con malla de polipropileno, control de hemostasia, cierre por planos sin complicaciones.

Figura 2. Imagen intraoperatoria



Discusión:

La hernia de Amyand es una forma rara de hernia inguinal en la que el apéndice vermiforme se encuentra dentro del saco herniario, pudiendo estar inflamado, infectado o perforado. Su nombre proviene de Claudius Amyand, quien realizó la primera apendicectomía exitosa en 1735¹.

La incidencia de esta entidad varía entre el 0,19 % y 1,7 % de todas las hernias, siendo más frecuente en varones pediátricos por la

persistencia del proceso vaginal. La apendicitis en el contexto de una hernia inguinal es aún más infrecuente (0,07–0,13 %) ²⁵. El diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a síntomas inespecíficos y la falta de hallazgos radiológicos concluyentes ^{15,23}. Tales síntomas incluyen dolor epigástrico o periumbilical de inicio repentino con sensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho, combinado con una masa dolorosa irreducible en la región inguinal o inguinoescrotal que puede confundirse con una hernia estrangulada, por lo cual su diagnóstico suele realizarse de manera intraoperatoria ¹⁹.

Dado que el diagnóstico de las hernias inguinales es principalmente clínico, la tomografía computarizada, aunque no suele formar parte del estudio de rutina, en algunos casos ha sido solicitada para descartar posibles complicaciones intraabdominales, permitiendo así el hallazgo incidental de la hernia de Amyand ^{2, 28}. Sin embargo, no existen signos patognomónicos específicos para esta entidad. También se han reportado casos detectados mediante ecografía, aunque esta modalidad depende en gran medida de la experiencia del operador, lo que puede dificultar su precisión diagnóstica ^{8,25}.

El abordaje quirúrgico depende del estado del apéndice, si el apéndice está sano, se puede reducir sin necesidad de apendicectomía y colocar malla ^{6, 16, 20, 25}. Si está inflamado o perforado, se recomienda apendicectomía con reparación primaria sin malla, o con malla solo en condiciones controladas ^{7, 14, 24, 26}. La clasificación de Losanoff (Tabla 1), propone cuatro tipos de hernia de Amyand, que guían el tratamiento quirúrgico según la severidad del caso ¹⁸. La cirugía laparoscópica ha emergido como una herramienta diagnóstica y terapéutica útil ^{3,27}.

Cómo citar este artículo: Contreras Ríos JM, Portilla Cisneros DS, Ascanio Duarte BD, Vera Gamboa LC. Hallazgo intraoperatorio de hernia de amyand: reporte de caso y revisión de literatura., Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):73-79. Julio 2025, ISSN 2981-5800

Tabla 1: Clasificación de Losanoff (tipo, manejo quirúrgico recomendado y observaciones) ¹⁸

Tipo	Descripción	Manejo quirúrgico recomendado	Observaciones
Tipo I	Apéndice normal dentro del saco herniario.	Reducción o apendicectomía con hernioplastia con malla.	Procedimiento limpio; se permite el uso de malla
Tipo II	Apendicitis aguda localizada en el saco herniario.	Apendicectomía a través de la hernia con reparación con malla.	Riesgo aumentado de infección de la malla.
Tipo III	Apendicitis aguda complicada con peritonitis.	Apendicectomía mediante laparotomía; hernioplastia según extensión de sepsis.	La decisión sobre la malla se basa en la contaminación.
Tipo IV	Apendicitis aguda con otra patología abdominal asociada.	Individualizado; hernioplastia puede estar contraindicada.	Evaluar según la patología concomitante y extensión del daño.

Las complicaciones, si bien son poco frecuentes, incluyen abscesos, fascitis necrosante, isquemia testicular y sepsis peritoneal ¹⁹. También se han reportado casos raros con cuerpos extraños en el apéndice ¹⁷ o tumores ²⁹. Aunque la presentación izquierda es inusual, se ha documentado en asociación con situs inversus, malrotación intestinal o ciego móvil ⁴.

La tasa de mortalidad varía entre 5,5 % y 30 %, dependiendo del grado de complicación y del tratamiento oportuno ^{9, 24}. La decisión de realizar apendicectomía cuando el apéndice es normal sigue siendo controversial, pues algunos argumentan que la extirpación innecesaria puede aumentar el riesgo de complicaciones sépticas o comprometer futuras opciones quirúrgicas ^{15, 25}.

Conclusión:

La hernia de Amyand es una entidad quirúrgica infrecuente, pero de gran interés clínico. Si bien existen guías de manejo como la propuesta por Losanoff y Basson, en la práctica muchos especialistas optan por modificar la técnica según los hallazgos intraoperatorios y las condiciones específicas de cada paciente. El abordaje con apendicectomía, reparación herniaria con malla o ambos ha sido motivo de debate durante años. Esta diversidad de criterios se debe en parte a la baja incidencia de la patología y a la variabilidad clínica con la que se presenta. En casos no inflamatorios, la

Cómo citar este artículo: Contreras Ríos JM, Portilla Cisneros DS, Ascanio Duarte BD, Vera Gamboa LC. Hallazgo intraoperatorio de hernia de amyand: reporte de caso y revisión de literatura., Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):73-79. Julio 2025, ISSN 2981-5800

apendicectomía puede estar desaconsejada, mientras que, en contextos inflamatorios, el uso de malla sigue siendo motivo de discusión.

Referencias bibliográficas

1. Ali, S. M., Malik, K. A., & Al-Qadhi, H. (2012). Hernia de Amyand: Estudio de cuatro casos y revisión bibliográfica. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 12, 232–236. <https://doi.org/10.12816/0003119>
2. Ash, L., Hatem, S., Alberto, G., et al. (2005). Hernia de Amyand: Reporte de un caso de diagnóstico prospectivo por TC en urgencias. *Emergency Radiology*, 11, 231–232. <https://doi.org/10.1007/s10140-005-0411-6>
3. Baldassarre, E., Ferrero, C., Da Costa Duarte, D., et al. (2009). Hernia de Amyand en la infancia: ¿Por qué laparoscopia? *Journal of Pediatric Surgery*, 44, 1673–1674. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2009.03.044>
4. Breitenstein, S., Eisenbach, C., Wille, G., et al. (2005). Apéndice vermiforme encarcelado en una hernia inguinal izquierda. *Hernia*, 9, 100–102. <https://doi.org/10.1007/s10029-004-0263-0>
5. Burgess, P., Brockmeyer, J. R., & Johnson, E. K. (2001). Hernia de Amyand reparada con Bio-A: Reporte de un caso y revisión. *Journal of Surgical Education*, 68, 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2010.09.006>
6. Cankorkmaz, L., Ozer, H., Guney, C., et al. (2010). Hernia de Amyand en niños: Una experiencia en un solo centro. *Surgery*, 147, 140–143. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.09.038>
7. Chatzimavroudis, G., Papaziogas, B., Koutelidakis, I., et al. (2009). El papel de la reparación protésica en el tratamiento de

- una hernia inguinal recurrente encarcelada con apendicitis aguda (hernia de Amyand inflamada). *Hernia*, 13, 335–336. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-00505-2>
8. Coulier, B., Pacary, J., & Broze, B. (2006). Diagnóstico ecográfico de apendicitis dentro de una hernia inguinal derecha (hernia de Amyand). *Journal of Clinical Ultrasound*, 34, 454–457. <https://doi.org/10.1002/jcu.20266>
 9. D'Alia, C., Lo Schiavo, M. G., Tonante, A., et al. (2003). Hernia de Amyand: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Hernia*, 7, 89–91. <https://doi.org/10.1007/s10029-002-0098-5>
 10. Ebaugh, E. P., Hessel, K., & Udobi, K. (2016). Appendiceal perforation, necrotizing groin infection and spermatic cord necrosis in a case of Amyand's hernia. *International Journal of Surgery Case Reports*, 24, 172–174.
 11. Elias, B., Chelala, E., & Alle, J. L. (2011). Reparación laparoscópica transabdominal de la hernia de Amyand: Reporte de un caso. *Case Reports in Surgery*, 2011, Article 823936. <https://doi.org/10.1155/2011/823936>
 12. Fezoulidi, G., Argyrouli, V., Adamopoulos, E., et al. (2021). Amyand's hernia: Presumptive diagnosis by CT and literature review. *Radiology Case Reports*, 16(4), 911–915.
 13. García-Cano, E., Martínez-Gasperin, J., Rosales-Pelaez, C., et al. (2016). Hernia de Amyand y apendicitis complicada: Presentación de un caso y elección de tratamiento quirúrgico. *Cirugía y Cirujanos*, 84(1), 54–57.
 14. Gupta, S., Sharma, R., & Kaushik, R. (2005). Hernia de Amyand izquierda. *Singapore Medical Journal*, 46, 424–425.
 15. Hutchinson, R. (1993). Amyand hernia. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86, 104–105.
 16. Inan, I., Myers, P. O., & Hagen, M. E. (2009). Hernia de Amyand: 10 años de experiencia. *Surgeon*, 7, 198–202. [https://doi.org/10.1016/s1479-666x\(09\)80084-x](https://doi.org/10.1016/s1479-666x(09)80084-x)
 17. Llullaku, S. S., Hyseni, N. S., Kelmendi, B. Z., et al. (2010). Un alfiler en el apéndice dentro de la hernia de Amyand en un niño de seis años: Reporte de caso y revisión de la literatura. *World Journal of Emergency Surgery*, 5, Article 14. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-5-14>
 18. Losanoff, J. E., & Basson, M. D. (2007). Hernia de Amyand: Qué subyace: Una propuesta de clasificación para determinar el tratamiento. *American Surgeon*, 73, 1288–1290.
 19. Lyons, S., Kim, A., & Bauer, J. (1997). Apendicitis perforada en una hernia inguinal: Reporte de caso y revisión de la literatura. *American Journal of Gastroenterology*, 92, 700–702.

Cómo citar este artículo: Contreras Ríos JM, Portilla Cisneros DS, Ascanio Duarte BD, Vera Gamboa LC. Hallazgo intraoperatorio de hernia de amyand: reporte de caso y revisión de literatura., Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(3):73-79. Julio 2025, ISSN 2981-5800



¹ Médico residente de cirugía general, Universidad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-4964-4219>

² Médico residente de cirugía general, Universidad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-2809-4803>

³ Médica general, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0009-0007-4877-9331>

⁴ Médico general, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. <https://orcid.org/0009-0006-8470-2414>